343

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1906, à 1 heure

Par **Léon BERTRAND**

Ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES GRANDS KYSTES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR ET DU SARCOME

Président : M. TERRIER, *professeur.*

Juges : MM. RECLUS, *professeur.*
MAUCLAIRE et GOSSET, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26
1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE CLERMONT-FERRAND

MM. LES Drs BOUSQUET, DU CAZALS, MORIN

Dont nous fûmes l'interne 1903-1904

DIONIS DU SÉJOUR, DIEULAFÉ, PLANCHARD
BILLARD, LEPETIT ET BIDES

A MES MAITRES DE PARIS

M. LE Dr SÉBILEAU

(*Hôpital Laribosière*, 1904-1905 et 1905-1906.)

M. LE Dr LEPAGE

(*Hôpital de la Pitié, accouchement*, 1904-1905).

M. LE Dr RICHAUD

(1905-1906).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TERRIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Pendant les dix-huit mois que nous avons passés à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Sébileau, nous avons entendu discuter souvent par notre excellent maître, le diagnostic différentiel des sarcomes du maxillaire inférieur, avec les grands kystes qui siègent sur cette mâchoire. Après avoir reçu de lui les explications les plus utiles sur le malade qu'il a opéré dans son service, il nous a autorisé à publier avec cette observation, celle analogue d'une malade qu'il a rencontrée à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Quénu. Malheureusement, cette dernière n'est que fort incomplète. Dans les deux cas le diagnostic de sarcome avait été posé.

Les bons conseils et les encouragements si précieux qu'il nous a prodigués nous ont permis de mener à bonne fin cette étude. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de nos plus sincères remerciements et agréer l'hommage de notre plus profonde gratitude.

Nous n'avons pas dans les limites de ce modeste travail la prétention de faire une étude complète de la

question ; après une révision sommaire des phases qu'a traversées l'intéressant sujet des kystes de la mâchoire, nous résumerons les différentes opinions qui ont été émises sur leur pathogénie ; notre étude principale portera sur les symptômes et le diagnostic des variétés de kystes et nous ferons ressortir les difficultés qui font hésiter le chirurgien entre un grand kyste du maxillaire et un sarcome. Nous reproduirons deux observations, types de kyste du maxillaire inférieur.

DÉFINITION ET ÉTIOLOGIE

De tous les os du squelette, ceux des maxillaires sont le plus souvent atteints de kystes. Les dénominations sont multiples : kystes des mâchoires, maladie kystique ou kystome des mâchoires, adénokystome de la mâchoire, kyste folliculaire, kyste périostal, kyste dentifère ou dentigerous cyst des Anglais, kyste radiculo-dentaire, kyste para-dentaire.

Quelle que soit la dénomination qu'on leur accorde, ces kystes ont tous une origine dentaire ; ceux-ci sont des sacs ou cavités membraneuses à contenu variable, qui se développent dans l'épaisseur des maxillaires. Développement variable suivant qu'ils siègent au supérieur ou à l'inférieur. Dans le premier cas l'évolution peut se faire dans le sinus qu'à un moment ils distendent ; dans le deuxième, seule variété qui nous intéresse, ils ne rencontrent aucune cavité analogue. Mais ils ont la ressource d'élargir la gouttière ouverte en haut que représente la mâchoire inférieure, c'est ce qu'ils font aux dépens surtout de la face externe et du bord inférieur.

En sorte que, durant une période plus ou moins longue, l'aspect de ces tumeurs centrales est, à vrai dire, celui d'un maxillaire anormal seulement, sur tout ou partie de sa longeur, par épaississement de son bord inférieur et par bascule en dehors de la face externe.

HISTORIQUE

L'étude des kystes du maxillaire inférieur ne semble pas avoir préoccupé les chirurgiens de l'Antiquité. Leurs ouvrages qui sont parvenus jusqu'à nous ne mentionnent pas ce genre d'affection.

Les chirurgiens de la Renaissance les rangeaient parmi les tumeurs sans les différencier.

Ambroise Paré, ce grand génie qui renouvela l'aspect de la chirurgie qu'il fit refleurir en France, semble n'avoir pas connu cette maladie.

Scultet et J.-L. Petit parlent des kystes rencontrés dans les maxillaires, mais ignorent les relations qui existent entre les kystes et les dents.

Au siècle dernier, Fauchard, Jourdain sont plus explicites; ils décrivent certains kystes en rapport avec les dents. Ceux-ci ne sont que des observations ayant trait au maxillaire supérieur. Pour, Jourdain, le kyste n'envahirait les alvéoles qu'après s'être développé dans le sinus.

Au commencement du siècle, Delpech décrit deux variétés ; à la première appartiennent les petits kystes qu'on arrache en même temps que des dents, à la seconde ceux dont le volume est beaucoup plus considérable.

Pour lui, comme pour ses devanciers, l'étiologie serait une dent cariée ou un traumatisme.

Dupuytren (1) en donne un magistral exposé clinique.

Pour Diday (2), les kystes seraient liés au développement dentaire.

Forget (3), les divisait en solides, liquides, mixtes.

Nélaton (4), comme plusieurs de ses devanciers, les rattachait à l'évolution dentaire.

La première théorie essayant d'expliquer l'origine des kystes dentifaires est de Guibout (5). Pour cet auteur, la présence de kystes dans la mâchoire peut être le résultat : 1° soit de l'hypertrophie et de l'hypersécrétion, quelle que soit d'ailleurs la cause qui les ait produites, d'un ou plusieurs follicules dentaires ; 2° soit d'aberration dans la direction et la position absolue des dents ; 3° soit la conséquence plus ou moins indirecte et éloignée de l'activité vitale que la nature déploie au centre des maxillaires et des vicissitudes de forme, de structure et de dimension auxquelles

1. Dupuytrèn. *Leçon de clinique chirurgicale*, 1839, vol. II.
2. Diday. Thèse d'agrégation, 1839.
3. Forget. *Recherches sur les kystes des os maxillaires.*
4. Nélaton. *Pathologie chirurgicale*, t. II.
5. Guibout. *Union médicale*, 1847.

les os sont sujets. Nous voyons donc que pour Guibout les kystes de la mâchoire n'ont pas forcément une origine dentaire.

Broca (1) n'admet pas cette théorie ; pour lui, l'épithélium qui tapisse la paroi des kystes uniloculaires proviendrait de la paroi interne du follicule dont la surface interne est revêtue, à l'état normal, d'une couche épithéliale qui la sépare de l'organe proprement dit de l'émail.

Pour Magitot (2), les diverses variétés de kystes de la mâchoire sont toutes d'origine dentaire. Dans son *Traité sur les tumeurs du périoste dentaire* nous lisons : « L'étiologie des kystes du périoste est assez simple ; la cause éloignée est constamment la carie dentaire dont l'envahissement a modifié profondément la vitalité de l'organe ; la cause prochaine est une périostite chronique limitée au point de la membrane qui devient le siège de l'abcès, de sorte que le pus produit à la face profonde de la membrane ne trouvant pas d'issue extérieure ni par le canal dentaire oblitéré, ni par l'alvéole, s'accumule en une poche close de toute part. »

Giraldès (3) et Dolbeau (4) ne reconnaissent pas aux productions kystiques une origine uniquement dentaire.

1. Broca. *Traité des tumeurs*, vol. II.
2. Magitot. Tumeur du périoste dentaire, 1860.
3. Giraldès. Société de chirurgie, 1872.
4. Dolbeau. *Tribune médicale*, 1874.

Charcot (1), agrégé au Val-de-Grâce, énonce une théorie nouvelle, qui fait dériver les kystes du maxillaire des débris para-dentaires contenus dans les gencives. « Si, rapporte-t-il, on examine sur un fœtus de 4 à 6 mois le follicule qui doit plus tard former la dent, on distingue très nettement dans l'enveloppe externe du sac dentaire une quantité considérable de petites masses épithéliales, les unes placées côte à côte, sous formes de rangées parallèles à l'enveloppe du follicule, les autres disséminées dans la gangue celluleuse périphérique ; les petits îlots sont plus ou moins allongées et pleins ; mais dans certains cas, ils apparaissent à la coupe sous forme d'une petite masse arrondie à cavité centrale parfaitement nette et à contour fibreux déjà visible ; ils représentent en un mot la coupe d'un kyste microscopique ».

Dans un premier mémoire, Malassez (2) démontre l'existence à l'état normal chez l'adulte de débris épithéliaux, provenant du bourgeonnement du fœtus dans le ligament alvéolo-dentaire et dans le derme de la gencive. L'année suivante, le même auteur montre le rôle des débris épithéliaux paradentaires dans les fongosités radiculo-dentaires, dans les kystes multiloculaires et par déduction logique, il applique sa théorie aux kystes uniloculaires.

Pour Aguilhon de Sarran (3), les kystes du maxil-

1. Charcot. *Archives générales de médecine*, 1884-85.
2. Malassez. *Archives générales de médecine.*, 1884-85.
3. Aguilhon de Sarran. *Bulletin de la société de biologie*, 1884.

laire se développeraient autour d'un corps étranger à l'imitation des autres kystes.

En 1883, Albarran (1), dans un important travail sur les kystes de la mâchoire, avec observation et examen histologique des parois hystiques, vient confirmer les idées de Malassez.

Dans sa thèse inaugurale en 1891, Bouvet essaye de concilier les théories de Malassez et de Magitot.

Cet exposé historique permet de se rendre compte des divergences qui ont existé entre les auteurs avant d'admettre un terrain d'entente.

1. Albarran. *Revue de chirurgie*, 1888.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes de la mâchoire inférieure comprend l'étude de leur point de départ et de leur évolution ultérieure. Nous avons exposé dans le précédent chapitre les différentes phases par lesquelles a passé cette intéressante question, nous allons insister plus particulièrement sur les deux théories de Magitot et de Malassez autour desquelles se sont groupés les défenseurs de chacune d'elles. Avant eux les opinions les plus variées, souvent purement hypothétiques, avaient été avancées. C'est seulement depuis qu'on a entrepris un examen anatomique, et surtout histologique, des kystes de la mâchoire, que les hypothèses sur leur origine ont reçu une base plus solide.

Ce qui a surtout frappé les histologistes, c'est l'existence d'un revêtement épithélial sur la paroi de beaucoup d'entre eux. La présence d'éléments épithéliaux au centre des maxillaires paraît insolite, à première vue, et demande une explication. En étudiant la patho-

génie de ces kystes épithéliaux, nous nous plaçons sur le terrain de la doctrine qui admet qu'une cellule épithéliale ne provient que d'une autre cellule pareille ; il s'agit donc pour nous de déterminer les éléments épithéliaux primitifs auxquels nous pouvons rattacher les formations kystiques.

Holaczk et Büchtemann ont observé au centre de la mâchoire des formations épithéliales qui étaient en communication directe avec l'épiderme gingival et les glandes muqueuses de la bouche, aussi n'hésitent-ils point à considérer ces derniers organes comme le point d'origine de la production pathologique.

Sans vouloir contester cette possibilité, Kummer fait observer que le simple fait d'une communication du kyste avec l'épiderme gingival et la prolifération de ce dernier ne lui paraît pas suffisante pour démontrer que le kyste tire son origine de l'épithélium gingival. La prolifération de celui-ci peut n'être que secondaire et produite par une irritation due au néoplasme qui a pris naissance dans la profondeur. Nous connaissons, du reste, une maladie de la muqueuse buccale, la gingivite expulsive, caractérisée précisément par la prolifération de l'épithélium gingival, et qui n'arrive pas à la formation de kystes.

Une autre explication des kystes de la mâchoire, est celle qui se rattache à la formation des follicules dentaires. Deux mots sur le développement des dents nous paraissent nécessaires.

La dent se forme de deux parties essentiellement différentes : le germe dentaire et l'organe adamantin.

Le germe dentaire de nature conjonctive résulte d'une différenciation du tissu conjonctif dans la profondeur de la mâchoire ; il se transforme plus tard en racine et en dentine de la couronne. L'organe adamantin ou organe de l'émail est formé par un bourgeonnement de l'épithélium gingival qui pénètre vers le germe dentaire pour le coiffer à la façon d'un bonnet. De l'évolution ultérieure de ce bourgeon qui se sépare de l'épithélium provient l'émail de la dent.

Il y a donc normalement dans le sein de la mâchoire un organe épithélial et c'est à lui que l'on pourrait rattacher les kystes épithéliaux.

Magitot a particulièrement insisté sur cette hypothèse. Il distingue les kystes folliculaires provenant d'un follicule dentaire et plus particulièrement de l'organe, de l'émail, et les kystes périostaux qui, d'après lui, ne contiennent pas d'épithélium. Supposons une dent, dit Magitot, qui, sous une influence pathologique particulière, est affectée d'inflammation ou de gangrène de son organe central, la pulpe. Des liquides pathologiques s'accumulent dans son intérieur : s'il existe une carie préalable, ces liquides s'écoulent librement au dehors et aucun kyste n'est possible. S'il n'existe pas de carie, ou si celle-ci vient à être obturée d'une manière quelconque, il se produit aussitôt une rétention de ces liquides, qui cherchant alors une issue, se dirigent vers le sommet du canal radiculaire. Arrivés en ce point que se passe-t-il ? Ces liquides rencontrent à l'orifice du canal en question les éléments du ligament dentaire ; ils y produisent une irritation ou inflammation plus ou moins

vive. Si elle est très vive, on assiste à l'évolution d'une périostite ou arthrite alvéolaire aiguë avec phlegmon du voisinage, etc. Si l'irritation est faible, subaiguë, si les liquides sont de nature séreuse et de quantité modérée, c'est le kyste qui se développe. L'irritation du ligament se traduit alors par la production d'une poche plus ou moins épaisse, ayant invariablement pour centre la lumière même du canal radiculaire, lieu d'arrivée des liquides pathologiques en question.

Quant à l'épithélium qui constitue le revêtement intra-kystique, voici l'explication que Magitot donne sur son origine : le ligament dentaire est la représentation chez l'adulte de la paroi folliculaire de l'embryon, paroi garnie d'épithélium à sa face profonde aussi bien qu'à sa face extérieure ; c'est du tissu conjonctif entouré et pour ainsi dire farci d'épithélium.

Cette proposition a été combattue par Charcot, Malassez, Partoch, qui ont démontré que les kystes périostaux de Magitot contiennent de l'épithélium et que le périoste alvéolo-dentaire n'est pas du périoste, mais un ligament, d'où par suite le nom de kystes périostaux est impropre.

Broca (1), qui a particulièrement étudié les kystes que Magitot appelle folliculaires, les distingue en embryoplastiques et odontoplastiques. D'après lui les uns et les autres sont en relation avec l'organe adamantin ; si l'organe de l'émail subit la transformation kystique à un moment de la vie embryonnaire où le germe den-

1. Broca. Traité des tumeurs, Paris, 1869, 2 volumes, p. 35.

taire n'a produit encore aucune dentine, il en résulte un kyste embryoplastique ; si au moment de la transformation kystique de l'organe de l'émail le dépôt de dentine a déjà commencé, le kyste est odontoplastique. Les kystes embryoplastiques sont de simples cavités remplies d'un liquide, les kystes odontoplastiques contiennent en outre les parties des dents qui sont formées par la dentine, c'est-à-dire surtout des racines.

L'origine dermoïde des kystes de la mâchoire inférieure a été décrite par Mickulicz (1), qui cite dans la littérature deux cas analogues de Cavento et de Dupuytren. Mickulicz parle de ces deux cas d'après une citation de Virkow, et sans donner de détails histologiques, mais il donne le résultat de l'examen microscopique dans le cas qui fait l'objet de sa propre observation ; il s'agit d'un kyste à contenu lamelleux; les lamelles sont composées de cellules épithéliales kératinisées, la paroi du kyste est formée par une enveloppe extérieure conjonctive tapissée intérieurement par huit à dix rangées de cellules épithéliales du type malpighien ; ni papilles, ni glandes, ni poils. Le kyste de Mickulicz doit donc, en effet, être considéré comme un kyste dermoïde, avec cette particularité cependant que l'enclavement ne concernait pas le derme dans toute son épaisseur, mais seulement l'épiderme. Lebert a fait de ces kystes la première catégorie des kystes dermoïdes dont la véritable dénomination serait semble-t-il, kystes épidermiques.

1. Mickulicz. *Wien médical. Woch.*, 1876.

Les travaux de Malassez (1) ont jeté un jour nouveau sur la nature et l'origine des kystes épithéliaux de la mâchoire. Cet auteur a démontré qu'il existe normalement à l'état adulte, à côté des dents, des amas épithéliaux : « Ces amas se présentent sous des formes très variées, il en est de parfaitement circulaires et qui correspondent soit à des coupes d'amas sphériques, soit plutôt à des coupes transversales d'amas cylindriques; il en est d'ovales, il en est de très allongés en forme de cordons plus ou moins irréguliers ; il en est aussi qui sont ramifiés à la façon de glandes en grappes. La plupart sont au milieu du tissu conjonctif qui les entoure ; il en est cependant quelques-uns autour desquels il existe une sorte de paroi propre. Toutes les masses sont pleines, je n'en ai point rencontré qui présentassent de cavité bien nette. Les cellules qui les composent sont généralement polyédriques, et assez petites, même ratatinées ; cependant dans quelques gros amas, les cellules polyédriques sont parfois cylindriques et implantées perpendiculairement à la surface externe, tandis que dans les amas effilés, elles sont plus ou moins allongées, comme situées dans le sens même de l'amas.

Les cellules polyédriques possèdent un protoplasma assez réduit et par conséquent un noyau relativement volumineux. Elles paraissent simplement contiguës ; on ne peut distinguer entre elles ni espace intercellulaire, ni filament d'union comme en présentent les cellules du type malpighien ou adamantin. Par le picro-carmin,

1. Malassez. *Archives de physiologie*, 1885, vol. XI.

elles se colorent en brun-rouge à la façon des cellules épithéliales. Cependant j'ai plusieurs fois rencontré des cellules manifestement cornées, se colorant en jaune par le picro-carmin ».

Ces cellules paradentaires de Malassez restent habituellement sans donner signe de vie, mais elles peuvent pulluler et produire entre autres des kystes épithéliaux. Ces kystes peuvent se développer à une période quelconque de la vie, ils peuvent avoir les rapports les plus variables avec les dents ; suivant leur situation primitive et leur évolution ultérieure, ils représentent un revêtement d'épithélium polyédrique stratifié et, comme contenu, un liquide de nature variable. Ils accusent du reste une proche parenté avec les kystes dermoïdes, car comme eux ils proviennent d'un enclavement de l'épiderme.

En résumé, les kystes du maxillaire inférieur à revêtement épithélial peuvent être rattachés aux éléments épithéliaux suivants : épithélium gingival, des organes adamantins, paradentaires ; c'est à l'examen clinique et surtout histologique qu'il appartient d'établir pour chaque cas si la formation kystique provient de l'un ou de l'autre de ces éléments épithéliaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On classe les kystes de la mâchoire en deux grands groupes : le premier comprend les kystes dentifères qui ont été observés pour la première fois par Morelot en 1774, qui rencontra dans une tumeur de la branche montante de la mâchoire inférieure une dent implantée dans la paroi de la poche kystique. Habituellement unique, ils n'atteignent pas un volume très considérable. Ils se rencontrent chez les sujets arrivés à la deuxième dentition, et qui n'ont pas généralement dépassé l'âge de l'éruption de la dent de sagesse. Ils ont une cavité simple qui contient des dents normales ou bien des grains dentinaires.

Le deuxième groupe comprend les kystes uni ou multiloculaires, subdivisés en deux catégories suivant que le kyste est appendu à la racine ou qu'il en est indépendant. Cette dernière variété atteint le volume le plus considérable. Ils se développent à n'importe quel âge, aussi bien au-dessous de sept ans que chez les adultes. Ils présentent une poche à loge unique ou multiple sur la nature histologique de laquelle nous n'entrerons pas, et qui contient un liquide clair, filant

qui peut devenir butyreux suivant l'évolution du kyste.

L'examen microscopique décèle dans ces différentes variétés de kystes les mêmes éléments à un stade de développement plus ou moins avancé, qui dénote pour tous la même origine : celle de provenir des débris épithéliaux paradentaires.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les kystes appendiculaires n'offrent aucune importance clinique, ils ne sont guère diagnostiqués que quand on arrache la dent à laquelle ils sont appendus : leur développement est marqué par des douleurs dentaires souvent très intenses.

La notion étiologique est d'une grande importance dans le diagnostic des kystes plus volumineux, dent cariée, douleurs dentaires, tuméfaction s'étant développée lentement en dehors des poussées fluxionnaires, tels sont les antécédents d'un kyste uniloculaire.

S'il s'agit d'un kyste dentifère, le sujet est jeune, il a vu sa tumeur grossir progressivement depuis l'époque de la deuxième dentition; souvent il n'a pas souffert des dents qui peuvent être saines, mais on a constaté une irrégularité dans leur développement.

Ajoutons à ces renseignements, et cela dans les deux variétés de kystes, le siège de la tumeur, souvent la fluctuation, parfois la crépitation parcheminée, les petits varicosités de la muqueuse à son niveau, l'adhé-

rence de la tumeur aux plans osseux, le glissement facile des parties molles sur elle, pour avoir le cadre habituel de la symptomatologie de ces kystes. Le diagnostic est confirmé par l'absence de douleurs, parce que les ganglions ne sont pas pris et au besoin par la ponction.

D'autrefois le diagnostic est plus difficile par suite de l'absence d'un des symptômes importants ; la fluctuation peut manquer et les kystes dentaires peuvent être confondus avec les tumeurs solides, et le chirurgien peut être conduit à une intervention opératoire injustifiée (résection du maxillaire). Ces erreurs ont été commises surtout dans les kystes en rapport avec la dent de sagesse et occupant la branche montante du maxillaire : il faudra alors recourir à la ponction exploratrice, qui parfois ne donne rien lorsque le contenu est mou.

La douleur peut faire égarer le diagnostic ; lorsqu'elle existe elle est due à des compressions nerveuses par le kyste dentaire ou à des accidents fluxionnaires et surajoutés au kyste. Il faudra méthodiquement explorer la région par des pressions répétées en des endroits différents et interroger le malade sur le point de départ. Savoir s'il n'y a pas eu auparavant une tumeur antérieure indolente, s'il n'y a pas eu une cause traumatique (opération pratiquée sur les dents) pour expliquer les accidents inflammatoires actuels : douleur vive, empâtement œdémateux et si en même temps on constate une fluctuation répondant à toute l'étendue de la poche, on sera en droit d'affirmer un kyste dentaire

suppuré. S'il y a deux poches communiquant, on a un abcès surajouté au kyste.

Le kyste multiloculaire a comme caractères les suivants : tumeur ayant acquis un volume considérable, la moitié de la branche horizontale du maxillaire inférieur et parfois la branche montante elle-même dans toute son étendue jusqu'au-dessous du condyle, plus rarement la presque totalité de l'os est envahie. Le début se fait dans le centre même de l'os, détruit en se développant le tissu spongieux et écarte les deux tables de l'os, pénètre même dans l'apophyse coronoïde et jusque dans le col du condyle ; les dents sont repoussées, déviées, souvent elles tombent partiellement, ou si la tumeur débute dans le jeune âge, elles sont arrêtées dans leur développement.

Ordinairement le malade est un adulte, de 20 à 30 ans, quoique l'on trouve des kystes chez les gens de tout âge. La tumeur se présente sous un aspect irrégulier, bosselée, et d'une consistance irrégulière. Allures bénignes, pas de ganglions, l'état général est bon, parfois se produit une fistule à ouverture buccale ou cutanée, par laquelle s'échappe un liquide de couleur et d'odeur variables. En somme tous les caractères d'une tumeur bénigne, la tumeur ne peut gêner que par son volume rendant la mastication et la déglutition difficiles.

Parmi les autres tumeurs de la mâchoire inférieure, une seule pourrait être confondue avec un kyste : le sarcome central du maxillaire pendant la première période de son développement. En effet les caractères

communs sont les suivants : l'âge, l'absence de douleurs, l'intégrité ganglionnaire, l'absence de fluctuation. Mais à mesure que la tumeur se développe elle acquiert tous les caractères de la malignité, accroissement rapide, engorgement ganglionnaire, altération de la santé, destruction de la muqueuse gingivale, qui devient saignante et sanieuse, destruction égale de la paroi interne et de la paroi externe du maxillaire. Autant de symptômes qui, nous l'avons montré, manquent dans l'évolution des kystes. Néanmoins le diagnostic différentiel sera bien souvent difficile à faire surtout si la ponction rencontrant un contenu mou donne un résultat négatif. Ainsi s'expliquent les erreurs fréquentes des chirurgiens qui se trouvent en présence d'un kyste ou d'un sarcome du maxillaire inférieur.

Un élément nouveau vient d'être mis en lumière pour trancher le diagnostic dans les cas difficiles : c'est la radiographie. La tumeur kystique apparaît alors transparente, limitée par une enveloppe ou sac du kyste. Le sarcome au contraire donne de l'opacité. Ce procédé nous paraît très précieux et facilitera pour le chirurgien la détermination à prendre.

TRAITEMENT

Tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour ouvrir largement la paroi kystique au moyen d'une incision qui part de l'angle du maxillaire et se dirige en avant parallèlement à son bord inférieur : Le masséter est détaché avec la rugine et le bistouri, ce qui permet de tomber sur la paroi externe du kyste que l'on détruit largement avec la gouge et le maillet. Le contenu kystique est vidé, la muqueuse est décollée avec plus ou moins de peine, et toute la poche du kyste est ainsi détruite. On tamponne la cavité avec la gaze stérilisée et l'on place un drain que l'on fait sortir par l'incision cutanée. La peau est suturée, et au premier pansement on diminue le volume du drain pour le supprimer lorsque la suppuration est terminée.

On doit rejeter tout traitement qui consiste dans la simple ponction du kyste suivie de l'introduction d'une

solution de teinture d'iode ou de chlorure de zinc ; la simple incision sans destruction complète de la poche du kyste est sans résultat également, car comme nous le voyons dans les observations que nous avons publiées, la récidive s'est toujours produite dans un temps très court après un pareil traitement.

PRONOSTIC

Le pronostic est ordinairement bon, et après un traitement convenable, c'est-à-dire l'ablation totale de la poche kystique, comme nous venons de l'exposer dans le précédent chapitre, la tumeur ne reparaît ordinairement pas. Dans l'observation n° 4, le malade n'a plus rien ressenti après l'opération ; nous n'avons pu savoir ce qu'il était advenu de la malade de l'observation n° 3. Les auteurs citent des cas de récidives sous la forme première, ou sous une forme nouvelle, revêtant tous les caractères d'une tumeur maligne.

OBSERVATIONS.

Observation I

(Dr Montaz. *Dauphiné médical*, 1895.)

Homme de 50 ans, bonne santé habituelle. Il y a six ans, douleurs de dents à gauche et en bas. Peu à peu apparaît une tumeur sur la face externe du maxillaire inférieur, au niveau des grosses molaires. On arrache une dent, puis on fait une ponction par la bouche, de cette tumeur. Issue d'un liquide clair jaune. Plus tard nouvelle ponction qui laisse une fistule.

État actuel. — Tumeur grosse comme le poing, occupant la région maxillaire gauche, remontant jusqu'à l'articulation et empiétant sur la joue, ronde, lisse, indolore, mobile avec la mâchoire, fluctuante, donnant en certains points la crépitation parcheminée, tout à fait molle en d'autres points. Du côté de la bouche, elle a fait saillie dans le vestibule, adhère intimement au maxillaire : fistule buccale laissant écouler un liquide jaune

citron : absence de la dent de sagesse qui n'est jamais sortie ; les molaires restantes sont cariées. Bonne santé.

Diagnostic : kyste dentifère.

Opération. — Incision le long du bord inférieur gauche de la mâchoire s'arrêtant à l'angle. Le kyste est ouvert et morcelé. On remarque alors que toute la moitié gauche du maxillaire est envahie par la dégénérescence kystique. Détachement du muscle crotaphyte de l'articulation : isolement du kyste sur la face interne. Le maxillaire est scié au niveau de la canine gauche. Lavage à la microcidine. Réunion de la muqueuse supérieure à l'inférieure pour isoler de la bouche ce grand foyer opératoire : drain debout externe ; suture cutanée.

Examen du kyste. — Poche à grande loge unique, subdivisée en loges secondaires incomplètes, pas des cloisons avortées. Parois molles, sauf quelques points osseux. Sur la face externe, et en arrière, accolée à elle, on trouvait une dent de sagesse blanche, superbe. Au même niveau la paroi s'épaississait et offrait les caractères d'un néoplasme.

Histologiquement. — Cette poche épaissie, a été reconnue pour de l'épithélium tubulé, ce qui rentre dans les idées de Malassez. Cet histologiste fait en effet parvenir les kystes de l'épithélium paradentaire. Véritables épithéliums kystiques, longtemps bénins, pouvant se transformer en une véritable tumeur épithéliale ou récidive comme tels après l'ablation.

Le malade guérit bien et mastique très bien, quoique la moitié restant du maxillaire soit un peu déjetée en dedans.

Observation II

(Recueillie à la clinique de M. le professeur L. Tripier).

(Audry, *Société de biologie de Paris*, 1888.)

X... cultivateur, âgé de 44 ans, aucun antécédent héréditaire aucune tare constitutionnelle, n'a éprouvé d'autre affection que a dysenterie il y a sept ans.

Il y a dix-huit ans environ, c'est-à-dire vers l'âge de 25 ans, des accidents se sont manifestés pour la première fois du côté du maxillaire inférieur. Au dire du malade ils auraient coïncidé avec l'apparition de la dent de sagesse. Quoi qu'il en soit son système dentaire a été complet, car ladite dent de sagesse apparaît ; elle fut d'ailleurs extraite et nous avons pu nous convaincre sur place que son développement était irréprochable.

Le malade n'avait jamais rien aperçu d'anormal de ce côté ; lorsque vers cette époque, apparaît sur la face sous-cutanée de l'angle du maxillaire inférieur, à gauche, une petite tumeur globuleuse qui se développe sous la peau du côté de la joue. En deux ou trois mois, elle acquiert un volume à peu près égal à celui d'un poing fermé. Elle était souple, indolente, fluctuante. Elle fut incisée et donna issue à un liquide huileux, noirâtre, un peu épais, et disparut complètement après un an environ de suppuration intrabuccale très fétide.

Il y a sept ans, elle reparut au même endroit, jamais douloureuse et avec les mêmes caractères. Elle s'est depuis lentement accrue, a acquis le volume et les apparences suivantes :

11 *décembre* 1887. — Tumeur occupant toute la partie postéro-inférieure de la joue gauche, étendue du lobule de l'oreille et de

l'articulation glénoïdienne, qu'elle déborde en haut, jusqu'à 0,02 ctm., en arrière de la commissure buccale gauche. Elle présente à peu près le volume d'une orange. Sa forme est un peu aplatie, la peau est mince et mobile. La tumeur est évidemment située sous le masséter dont les fibres disparaissent pendant les contractions. Elle semble faire partie du maxillaire, elle atteint son maximum de saillie au-dessous du lobule de l'oreille, et s'étend sur la joue en s'aplatissant progressivement. En bas elle ne dépasse pas le bord inférieur du maxillaire. Son développement paraît s'être effectué uniquement aux dépens de la table externe de l'os, car sa face interne et les trois quarts antérieurs du bord alvéolaire n'offrent pas de déformation.

La branche montante est très augmentée de volume, et comme soufflée, ainsi que le quart postérieur du rebord alvéolaire. La consistance de la tumeur n'est pas uniforme. Elle est très nettement fluctuante, et la fluctuation se transmet bien de l'angle maxillaire à la partie la plus antérieure de la face buccale du kyste.

En arrière et en haut, sur la face postérieure externe, le doigt perçoit parfois très nettement une crépitation parcheminée fine. En certains points la face intrabuccale de la tumeur offre une dureté presque osseuse à côté de points très fluctuants. La muqueuse de la face interne des joues et des gencives est saine, et comme moulée sur la paroi du kyste; il n'y a ni ulcération ni trajet fistuleux.

Les mouvements de la mastication sont limités par suite de la tension considérable de la peau de la joue ; ils entraînent la tumeur et s'accompagnent de quelques craquements. La sensibilité et la motilité de la bouche et de la face sont respectées ;

il n'y a pas de battements. Nulle trace d'adénite. Jamais de douleur.

L'état général est parfait ; tous les viscères sont intacts.

Le 21 *décembre*. — Opération. — M. le professeur Tripier fait une incision, commençant un peu au-dessous et en avant de l'angle du maxillaire, et se dirigeant en avant parallèlement à son bord inférieur, à peu près jusqu'au niveau de la commissure labiale. Le masséter est détaché avec la rugine et le bistouri.

Le kyste présente alors sa paroi externe lisse, mais tendue ; celle-ci incisée laisse échapper une assez grande quantité de liquide citrin, transparent, légèrement visqueux et constellé de petites paillettes de cholestérine. La tumeur apparaît alors formée par une vaste cavité très irrégulière dont la paroi consiste en une coque osseuse, mince ou simplement fibreuse. Le fond de la cavité répond au maxillaire. Les surfaces osseuses sont finement grenues, vallonnées, comparables à la face interne d'un crâne. Le tout est revêtu d'une membrane lisse, pâle et adhérente. La cavité remonte très haut vers la région zygomatique, et s'y perd en diverticules inaccessibles.

En bas et en avant elle est limitée par une paroi perpendiculaire molle qui, incisée, laisse voir une seconde cavité kystique du volume d'une noix remplie d'un liquide huileux semblable à celui du premier kyste, mais mélangé d'une matière blanche, grenue d'apparence mélicérique.

On racle aussi complètement que possible la membrane qui revêt la face interne de la cavité ; cette membrane est unie, mais d'épaisseur variable ; en certains points, elle paraît présenter de très petites saillies ponctiformes ressemblant à de très petits kystes. Toute la portion externe, osseuse ou fibreuse de la paroi est ainsi emportée, ainsi que la cloison perpendiculaire

qui sépare les deux kystes. Dans les deux cavités, on n'aperçoit aucune apparence de production dentaire libre ou saillante.

La paroi interne constituée par le corps même du maxillaire est ménagée autant que possible, car elle paraît mince et fragile, d'autant plus qu'au niveau de la partie moyenne de ce qui correspond à la hanche montante, on perçoit une sorte de pseudarthrose recouverte par la membrane.

La cavité s'efface alors, de cette sorte que les deux parois s'appliquent l'une contre l'autre si ce n'est tout à fait au niveau de la portion supérieure.

Il n'y a pas d'hémorragie; une petite artériole qui saigne au fond de la plaie, est éteinte avec le Paquelin.

La faciale qui a été coupée en travers est liée.

On bourre la cavité de gaze iodoformée; on met un gros drain, et on suture la plus grande partie de la plaie.

22 *décembre*. — Un peu de suintement. Pansement. Tout va bien.

26 *décembre*. — Les suites sont parfaitement simples. La peau est réunie sur toute la ligne de suture, on enlève la gaze iodoformée, en laissant le drain.

31 *décembre*. — Un peu de suppuration de la cavité qui reste affaissée. Apyrexie absolue.

10 *janvier*. — La cavité disparaît : le drain est progressivement diminué, et le recollement des deux parois paraît s'effectuer dans les meilleures conditions.

L'analyse du liquide faite par M. le professeur agrégé Hugounenc révéla qu'il était constitué par de la métalbunine tenant en suspension des cristaux de cholestérine.

L'examen des différentes parties solides de la pièce, fait après

durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool, et coloration de picro-carmin révèle ce qui suit:

La paroi du kyste est constituée dans la zone la plus externe par des fibres musculaires appartenant au masséter, et ayant en partie subi la dégénérescence cireuse. La zone moyenne est formée par du tissu fibreux dense, qui se modifie à mesure qu'il se rapproche de la face interne ; il devient myxomateux. En certains points, on y voit d'épaisses bandes de tissu épithélial ; en d'autres, des masses de cellules étoilées, anastomosées par leurs prolongements, séparées par des espaces clairs plus ou moins étendus. Ces masses sont entourées d'une collerette de cellules épithéliales régulières, cylindriques, prismatiques et offrent une ressemblance frappante avec l'organe de l'émail. Çà et là dans leur épaisseur, quelques petits kystes contenant une substance amorphe.

L'épithélium irrégulier et épais qui forme la couche interne du kyste envoie, dans la profondeur, des prolongements épithéliaux ; ceux-ci sont irrégulièrement disposés et coupés. Les cellules qui les composent sont étoilées, celles de la périphérie sont cylindriques. En de certains points on en voit qui sont polyédriques, irrégulières, et se rapprochent grossièrement des cellules du carcinome.

Si maintenant l'on examine le revêtement épithélial proprement dit du kyste, on voit qu'il est constitué par une couche superficielle de cellules aplaties, vitrées, horizontales et par une couche profonde de cellules cylindriques. Entre les deux, il existe par places une couche de cellules étoilées. La cloison qui séparait les deux cavités kystiques est formée par du tissu fibreux contenant quelques minces bandelettes de tissu osseux et revêtue sur chacune de ses faces par une épithélium tout à

fait semblable à celui décrit. Enfin il existe des capillaires flexueux gorgés de sang qui viennent ramper jusqu'aux couches les plus internes, c'est-à-dire les plus rapprochées de la cavité. On peut donc avec Malassez lui-même, résumer ainsi cette observation: Néo-formation épithéliale de type adamantin, devenue kystique par suite de l'agrandissement de la fusion des espaces compris entre les cellules étoilées, et étant vraisemblablement d'origine paradentaire.

Observation III

(Due à l'obligeance de M. Sebileau ; l'observation première ayant été égarée celle-ci n'a pu été reproduite que de mémoire et par suite est très incomplète. La photographie de la tumeur est due également à M. Sebileau.)

Il s'agissait d'une femme de 50 ans couchée au n° 6 de la salle Richet à l'hôpital Cochin, entrée dans le service de M. Quénu en août 1897.

La malade avait eu au maxillaire droit inférieur plusieurs abcès consécutifs qui furent ouverts à chacune de leur apparition. Depuis quatre à cinq mois avant son entrée à l'hôpital, la malade s'est aperçue que la tumeur atteignait un volume plus considérable qu'à l'ordinaire, et lorsqu'elle se présente à M. Sebileau elle avait acquis des proportions énormes. Toute la moitié droite du maxillaire faisait une très grande saillie, la portion ascendante était insufflée sur toute sa hauteur, la déformation remontait jusqu'à l'arcade zygomatique. La branche horizontale était très élargie, la face externe basculait en dehors et occupait tout le vestibule droit. La gencive était saignante par

endroits, et la tumeur offrait, en promenant le doigt à la surface, une sensation bosselée.

La peau était mobile, l'intégrité ganglionnaire paraissait absolue, (cette dernière sensation étant rendue très difficile par suite du volume de la tumeur), la santé générale n'avait point été

altérée ; la tumeur occasionnait seulement une gêne considérable pour la mastication ou la déglutition.

Il était impossible de percevoir de la fluctuation, et la crépitation parcheminée ; la tumeur formait un bloc dur et résistant uniformément à la pression.

En présence des signes actuels, M. Sebileau fait le diagnostic de sarcome du maxillaire.

L'opération fut décidée en vue de l'hémi-résection.

La malade endormie, avec le chloroforme, M. Sebileau annonce devant une vingtaine d'assistants qu'il va opérer un grand sarcome du maxillaire inférieur.

Au premier temps de l'opération, il sort un liquide verdâtre d'odeur nauséabonde, qui inonde le champ opératoire.

Étonnement de l'opérateur et des nombreux assistants, on se trouvait en présence d'un énorme kyste de la mâchoire. L'opération fut longue et pénible à cause des dégâts occasionnés par le grand développement du kyste, la suppuration fut longue, la malade resta une cinquantaine de jours après à l'hôpital et sortit guérie.

On n'a plus eu de nouvelles de cette opérée et nos recherches pour la retrouver furent vaines.

Obervation IV (*Personnelle*).

G..., Jules, 36 ans. Employé de commerce.

Entre à l'hôpital le 19 octobre 1905. Aucun antécédent personnel ni héréditaire.

Le malade prétend avoir fait une chute de cheval qui lui a ébranlé plusieurs dents de la mâchoire inférieure. Quelques années plus tard (le malade ne peut préciser l'époque) lui est venu un petit abcès sur la gencive, qu'on a dû percer à trois reprises, suivi de cautérisation à la teinture d'iode et au nitrate d'argent. La tumeur semblait disparaître momentanément pour devenir plus volumineuse quelques jours après, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le volume sous lequel nous la voyons aujourd'hui.

Etat actuel. — Le malade a un état général satisfaisant, n'a pas maigri, ni perdu de forces. Il se présente avec une déformation ou une tumeur maxillaire inférieure gauche. A l'inspection, la peau est normale et seule la déformation du maxillaire nous frappe. A la palpation nous délimitons une tumeur dure, grosse, lobulée, légèrement rénitente en deux ou trois points, sans aucune crépitation parcheminée, faisant saillie sur la face et dans le cou ; entre les deux masses continues l'une à l'autre, le rebord basilaire établit comme une ligne de démarcation.

Un ganglion dans la masse cervicale trouvé pendant l'opération, et assez volumineux, n'avait pu être décelé par l'examen, caché qu'il était sous la masse.

Dans la bouche, le doigt promené sur la face externe de la mâchoire, trouve un os dur, lobulé, comme sur la joue ; la face interne de la mâchoire fait saillie dans la cavité buccale, mais la saillie qu'elle forme n'est pas régulière, on y trouve comme au cou de la lobulation.

Le plateau gingival est fortement élargi et bourgeonnant ; entre la deuxième prémolaire et la dent de sagesse, il n'y a plus de dents. Au niveau de la première grosse molaire absente, le stylet s'enfonce dans la tumeur, ne trouve aucun corps étranger et pénètre dans des tissus mous ; aucune sensation osseuse.

Opération *le 27 octobre* 1905. — Avant l'opération, devant une vingtaine d'assistants, M. Sebileau établit le diagnostic de sarcome de la mâchoire, il fait le diagnostic différentiel avec l'épithélioma (par suite du peu de bourgeonnement, de l'intégrité des ganglions, de l'évolution relativement longue, de l'excellent état général du malade, de l'absence de douleur).

Notre maître nous dit qu'une seule chose pourrait nous préoccuper : ce serait un kyste dentaire; mais il a soin d'insister sur

la lobulation, la dureté rénitente, la rénitence sans crépitation parcheminée, le cathétérisme qui ne donne pas la sensation de pénétrer dans une cavité, l'existence d'un orifice gingival résultant de l'ablation de la première grosse molaire et par où ne sort pas le liquide, autant de signes qui caractérisent le kyste. Mais nous rappelant la malade qu'il avait vue dans le service de M. Quénu, il dit, qu'avant de se lancer dans une résection de la mâchoire il profitera du premier temps de l'opération, (incision cutanée) pour trépaner. Donc incision de l'hémi-résection, section des vaisseaux de la face, puis trépanation à la gonge avec le maillet. Il tombe dans une grande cavité kystique contenant un peu de liquide verdâtre.

L'os est comme insufflé, il existe comme une arête limitante entre la face externe et la face inférieure (le bord inférieur étant devenu une vraie face).

L'irrégularité de la manière dont les tables (externe, interne, inférieure) ont cédé sous la pression, explique l'apparence bosselée de la tumeur.

Sur le plateau, au niveau de la première grosse molaire, on trouve plein de fongosités, qui s'étendent sur tout l'espace libre des dents (première et deuxième grosses molaires).

La deuxième prémolaire tremblante est enlevée. Toute la paroi externe, une grande partie de la paroi inférieure sont réséquées. La muqueuse du kyste vient facilement et se décortique avec peine. On ne touche pas à la table interne, toutes les fongosités du plateau gingival sont grattées. On suture, un drain est mis dans la cavité qui communique avec la bouche, par le champ alvéolaire, la deuxième prémolaire et les deux grosses premières molaires, tout ce domaine de la tumeur ayant été détruit par le curetage des fongosités.

Pendant les quatre jours qui suivent l'opération, le malade ne fait pas de température, le cinquième seulement la courbe monte à 38°4. On fait un premier pansement, le drain est diminué, la guérison survient, le malade sort le 26 novembre guéri.

Depuis la tumeur n'a pas récidivé. Il n'a pas été fait d'examen histologique de l'épithélium qui tapissait la paroi kystique, ni du liquide.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes constituent une classe importante parmi les tumeurs de la mâchoire inférieure.

II. — Quelle que soit la variété de ces kystes, l'origine est toujours la même, ils ne diffèrent que par leur évolution ultérieure.

III. — Les grands kystes sont rares et d'un diagnostic souvent difficile par suite de l'absence de symptômes fondamentaux : fluctuation, crépitation parcheminée, absence de douleur, évolution lente, intégrité des ganglions de la région, état général satisfaisant.

IV. — Dans ces conditions, avant de porter le diagnostic de sarcome, faire la ponction exploratrice ; si elle ne donne rien, ou si elle est impossible par suite de la trop grande épaisseur de la paroi externe du kyste, pratiquer une incision, qui permettra de découvrir le liquide.

V. — La radiographie sera d'un auxiliaire précieux pour trancher le diagnostic.

VI. — Le traitement consistera en une large incision qui mettra le kyste à découvert, l'évidement du contenu ; l'extirpation de la poche et sa destruction complète. Il sera aussi précoce que possible pour éviter la transformation du kyste en tumeur maligne.

Vu : le Président de la thèse :
TERRIER

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

PATEL. — Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. *Lyon médical*, 1900, XCIII, 560.

COURC. — Kyste du maxillaire inférieur. *Revue de stomatologie*, Paris, 1900, VII, 513-14.

MORESTIN (H). — Cancer à point de départ gingival. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique* de Paris, 1900,6, s., II, 868-73.

PEYROT (J.) ET MILAN (G.). — Enchondrome du maxillaire inférieur. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique* de Paris, 1900, 6, s., II, 1066. — Kyste adamantin du maxillaire inférieur. *Même revue, et même année*, 6, s., II, 1066-58, 2 fig.

HOLLANDE (E). — Endothéliome des maxillaires. *Revue trimestrielle Suisse d'ondologie*. Genève, 1901, XI,1-42, 7 fig.

RECLUS (P). — Epithélioma térébrant du maxillaire inférieur. *Bulletin et mémoires de la Société anatomique* de Paris 1901. XXVII, 386.

LEFEBVRE.—Epithélioma de la mâchoire inférieure. Résection. *Journal de la Société médicale* de Lille, 1902,I,70-72.

JABOULAY. — Myxome du maxillaire inférieur. *Bulletin de la Société de chirurgie* de Lyon, 1901,IV, 70.

KEINAN (C.B.). — Multiloculaire cyst. of. lower. jaw. mentreat M. J. 1903, XXII, 429-32.

SLAUGHTER (R-M.). — Case of. dentigerons cyst. wash. M. Ann., 1903, II-76.

PONCET (A). — Sarcome actynomicosique du maxillaire inférieur. *Lyon médical*, 1896, 13 et 311, 1 fig.

HAASLER (F). — Die histogenese der kiefergeschrnilstin. Arch. chir. Berlin, 1896, 1105 et 702-08.

TAPIC. — Étude anatomo-pathologique sur un épithélioma kystique adamatin et malpighien du maxillaire inférieur, sa transformation en carcinome. *Archives médicales* de Toulouse, 1895. 277-289, 1 pl.

LENI (C). — Sarcome mélanique du maxillaire inférieur. *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, 1895, p. 116.

MONTAZ. — Kyste dentifère de la mâchoire inférieure. *Dauphiné médical*. Grenoble, 1895, p. 48.

KUMMER (E.). — Pathogénie des kystes épithéliaux du maxillaire inférieur. *Revue medicale de la Suisse. Rom.* Genève, 1893. 705-15.

CHIBRET (A.). — Étude anatomo-patholog. d'un cas d'épithélioma adamantin. — *Thèse de Paris*, 1894.

BARILLET (A.). — Des kystes des mâchoires. *Union médicale du N.-E.* Reims, 1894, XVIII-103.

FORGUE. — Traitement des tumeurs des mâchoires. *Gaz. hebdomadaire de soc. med.* Montpellier, 1891, 229-32.

AUDREY (C.). — La récidive des kystes des maxillaires. *Lyon médical*, 1891, 313-19.

MAGITOT. — Pathogénie des kystes des mâchoires. *Compte rendu de la Société de biologie.* Paris, 1888, 464-68.

HERBET. — Tumeur cancéreuse du maxill. inf. opération et mort par asphyxie. *Gazette méd. de Normandie.* Amiens, 1886, 165-67.

MALASSEZ. — Pathogénie des kystes dites folliculaires des mâchoires. *Compte rendu de la Societé de biologie.* Paris 1885, 639-42.

Poisson. — Tumeur du maxillaire inférieur. Sarcome myéloïde. *Bulletin de la Soc. anat.* de Nantes, 1883,108.

Courc. — *Revue de stomatologie*, février 1905, p. 87.

Broca. — Traité des tumeurs. Paris 1862, 2e volume, page 35.

Mickulicz. — *Wien medical Woch.*, 1876.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	9
Définition et Étiologie	11
Historique	13
Pathogénie	18
Anatomie pathologique	25
Symptomes et diagnostic	27
Traitement	31
Pronostic	34
Observations	35
Conclusions	49
Bibliographie	51

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, Rue Monsieur-le-Prince, Paris.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE